Rok XXXVII. Kraków 28. Maja 1898. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych typu nadnercza.

(Z Zakładu anatomii patolog prof. Obrzuta we Lwowie)

napisał

Dr. Paweł L. Kučera,

asystent instytutu.

Piętnaście lat mija od chwili, w której Grawitz [1]) zwrócił uwagę patologów na małe nowotwory w korze nerkowej, zawierające bogatą ilość tłuszczu, a oznaczane przedtem mianem *lipoma renis*; starał się on wykazać, że pochodzenia większej części tych nowotworów szukać trzeba w cząstkach oderwanych i zabłąkanych w czasie rozwoju zarodkowego narządu sąsiedniego, z nadnercza, gdzie analogię z nimi przedstawia t. zw. *struma suprarenalis* Virchowa. Grawitz udowodnił — (niżej wymienię podstawy, na których oparł swoje twierdzenie), — że nie można utworów tych wcale uważać za równoznaczne z tłuszczakami (lipoma) innych narządów, i że cecha ich komórek jest zupełnie swoistą, odrębną, zwłaszcza różną od komórek przybłonkowych nerki. Tem twierdzeniem stanął Grawitz zarazem na przeciwnem stanowisku do zapatrywań Klebsa, Sturma i Sabourina, według których szeregi komórek przybłonkowych w tych nowotworach pochodzą wprost z przybłonka kanalików nerkowych

Od tego czasu powstała na ten temat cała literatura. Jakkolwiek w licznych tych artykułach i polemikach nie wszyscy autorowie mieli tę samą rzecz na oku, i ztąd właśnie wynika sprzeczność zdań, to przecież oddzielić można obóz tych, którzy stwierdzili lub rozszerzali zapatrywania Grawitza, od obozu jego przeciwników. Do pierwszych zaliczyć należy Horna, Ambrosiusa, Askanazyego, Benekego, Lubarscha, z nowszych Manassego, Merviniego, Gattiego, Rickera. Z nich Horn [2]), jak ogólnie sądzą, zadaleko poszedł w kierunku pojęć Grawitza, zaliczając i rzeczywiste gruczolaki (adenoma) nerkowe do nowotworów typu budowy nadnercza. Lubarsch [3]) starał się wynaleźć prócz cech, przez Grawitza ustanowionych, jeszcze nowe znamiona dla tych guzów i widzi w zawartości glikogenu w tych nowotworach cechę znamienną dla tkanki nadnercza. Jednak wykazano, że wprawdzie glikogen zawsze można stwierdzić w tych nowotworach, lecz nie podobna uważać go odwrotnie za charakterystyczną ich cechę, gdyż i inne nowotwory nerek, wychodzące z miąższu nerkowego, według Manassego [4]), oddziaływują dodatnio na odczyn glikogenu. Gatti [5]) szuka podobnież na drodze chemicznej poparcia dla teoryi Grawitza, udowadniając, że bogata zawartość lecytyny w nowotworach, o których mowa, i w tkance nadnercza, jest nowym dowodem wspólnego pochodzenia i jednakiej przyrody obu rodzajów komórek; — myśl zresztą nie nowa, bo już Grawitz sam o lecytynie wspomina. W ogóle, od czasów Grawitza, więcej usiłowano pogłębić jego pojęcia, aniżeli wynaleźć nowe, oryginalne.

Jako przeciwnik zapatrywań Grawitza wystąpił, wprawdzie w dobrej wierze, lecz z niewielkiem powodzeniem Sudeck [6]), który dopatruje się początku tych nowotworów w kanalikach nerki samej i stawia je w rzędzie rzeczywistych gruczolaków nerkowych, przyczem kładzie główny nacisk na wytwarzanie się światła w alweolach lub cewkach, wyściełonych komórkami nowotworowemi i wykazuje, że niema różnicy pomiędzy gruczolakiem brodawczakowym (adenoma papillare) i siatkowatym (alveolare), którą przyjmuje Grawitz. Właśnie przeciw Sudeckowi skierowana jest głównie wyżej przytoczona praca Lubarscha.

Jeszcze jedno zapatrywanie należy uwzględnić, mianowicie Driessen i Hildebrand [7]) dopatrują w śródbłonkach i nabłonkach (endothelium et perithelium) naczyń krwionośnych lub chłonnych, macierzystą glebę tych utworów, — a czy słusznie — niżej zobaczymy.

Obok nich szereguje się de Paoli, który przypadki swoje, tu należące, opisuje jako naczyniomięsaki.

O zachowaniu się klinicznem tych nowotworów można powiedzieć z Hornem i Minervinim (przytoczono według Gattiego), że albo pozostają małymi, bywają często w większej liczbie, ulegają zwyrodnieniu i klinicznych objawów nie przedstawiają, albo guz się powiększa, niszczy w części lub zupełnie tkankę nerkowa, przyczem pozostaje zbitym, — albo też wskutek zwyrodnienia części środkowych, przemienia się w torbiel często krwią napełniony, i przedstawia obraz kliniczny guza pozaotrzewnowego; albo wreszcie zachowuje się jako rak: rośnie, robi przerzuty i doprowadza do chery rakowej.

Guzki pierwszej gromady bywają często znajdowane przygodnie przy sekcyi; nowotwory drugiego rodzaju są już daleko rzadsze: do nich to najwięcej stosuje się nazwa *struma suprarenalis aberrata renis*; a przypadki z cechą złośliwą zawsze jeszcze można bez wielkich trudów policzyć. O jednym sam Grawitz już wspomina; w zestawieniu Lubarscha, pomiędzy 29 przypadkami z przebiegiem klinicznym, znajduje się 16 tych nowotworów, pierwotnie wycho-

[1]) Virchows'Archiv Bd. 93, 1883. Langenbeck's Archiv Bd. 30, 1884.
[2]) Virch. Archiv Bd 126, 1891
[3]) Virch. Archiv Bd. 135, 1894.
[4]) Virch. Archiv Bd. 145, 1896.
[5]) Virch. Archiv Bd. 144, 1896.
[6]) Virch. Archiv Bd. 136
[7]) Langenbeck's Archiv Bd. 147, 1894.

dzących z nerki z przerzutami. Wszystkich przypadków Grawitzowskich guzów naliczył Gatti 60, jednak nie wszystkie robiły przerzuty. Najczęstszem miejscem przerzutu bywają: wątroba, płuca, gruczoły zaotrzewnowe, żyła główna; rzadszemi są one w sercu, gruczole tarczykowym, trzustce, na żebrach i kręgosłupie. Co do wieku, wszystkie jednostki, u których nowotwór przybrał cechę złośliwą, miały z małymi wyjątkami, ponad 35 lat. Manasse skarży się w niedawnej swej pracy, że przerzutów tych nowotworów nigdy mu się widzieć nie udało.

W Instytucie naszym dokonano z początkiem stycznia t. r. sekcyę przypadku z kliniki chorób wewnętrznych prof. Gluzińskiego[8]), w którym rozpoznanie kliniczne opiewało: *Angiosarcoma glandulae suprarenalis (?) et renis sinistri. Angiosarcoma hepatis et lienis metastaticum. Pleuritis sin. Pericarditis obsoleta. Ascites. Anasarca.*

Przy sekcyi zachodziły wątpliwości, co do charakteru nowotworu; dopiero badanie mikroskopowe wykazało, że guz ten należy do gromady nowotworów Grawitza, tak iż rozpoznanie patologiczno-anatomiczne brzmiało:

Struma suprarenalis aberrata maligna renis sin. Metastases hepatis, pleurae, pulmonis utriusque et venae cavae ascend. Atelectasis partium infer. lobi inf. utriusque pulmonum ex hydrothorace. Pericarditis fibrinoso-haemorrh. Tumor lienis acutus. Degener. parench. hepatis. Hydrops anasarca, Ascites. Septicopyaemia.

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy następujące szczegóły.

»Zwłoki mężczyzny 43-letniego, wzrostu średniego, budowa kościca słaba, odżywienie złe, barwa skóry żółtawo-sinawa. Brzuch lekko wzdęty, sprężysty, miękki. Gruczoły nigdzie nie powiększone. Naokoło kostek obrzęk. Mózg bez zmian. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca lekko opadają, w obu jamach opłucnowych znaczna ilość czystego płynu jasno-czerwonego. Worek sercowy niepokryty, zawiera taki sam płyn w większej ilości.

Oba płuca zupełnie wolne, odpowiednich rozmiarów, lekkie. Opłucna nad płatami górnymi napięta, lśniąca; nad dolnymi zmarszczona. Na całej powierzchni płuc widać równomiernie rozsiane guzki podopłucnowe, od wielkości grochu do wielkości małego jaja kurzego i od takich, które tylko występują jako małe wzniesienia, aż do rozmiarów narośli o wyraźnej szypule. Miejscami łączą one (guzki) 2 płaty i tworzą most nad brózdą międzypłatową. Na powierzchni ich opłucna wszędzie gładka, bez zmian. Na przekroju przeważa ułożenie guzów pod opłucną, i tam także wielkość ich znaczniejsza w stosunku do nielicznych, małych, zupełnie w miąższu płucnym zagrzebanych guzków. Miąższ płucny wszędzie powietrzny, (jednak ku dołowi znacznie w mniejszym stopniu), wiotki, w częściach górnych szaro-zielonawo-różowy, w dolnych ciemno-czerwony, na przekroju wszędzie gładki, lśniący. Za uciskiem zalewa się tkanka znaczną ilością cieczy drobnobańkowej, ciemnoczerwonej. Co do guzów, to niektóre na przekroju okazują istotę szaro-żółtawą, bladą, rozmiękłą; inne, większe przedstawiają się jako torbiele, o ścianach mniej lub więcej zcieńczałych z treścią gęstą, śluzowatą, szaro-żółtawą. W częściach obwodowych guzów wszędzie dostrzega się znaczną ilość przekrojów naczyniowych.

Serce: cienkie naloty włóknika na osierdziu, mięsień sercowy kruchy. W jamie brzusznej większa ilość wolnego, blado-czerwonego, czystego płynu. Wątroba obniżona na 4 palce. Ułożenie kiszek prawidłowe. W lewej połowie jamy brzusznej, odpowiednio do położenia nerki lewej, występuje guz zaotrzewnowy, na którego stronie bocznej przebiega okrężnica zstępująca; w okolicy środkowej znajdują się pętle kiszek cienkich, przed dolnym zaś końcem zagięcie esowate a przez największą wypukłość na poprzek przechodzi okrężnica poprzeczna. Otrzewna nad guzem mocno napięta lśniąca i wraz z początkiem trzonu kręgowego przykrywa go. Wielkość tego guza dochodzi rozmiarów głowy dziecka nowourodzonego. Powierzchnia nierównomiernie grubo wzgórkowana, gładka; zbitość guza znaczna, sprężystość wyraźna. Przy wyjmowaniu stwierdza się, że guz ten jest mocno przyrośnięty do lewej ściany jamy brzusznej i do kręgosłupa. Na przekroju widać, że cały guz jest otoczony torebką łącznotkankową, grubości około $^1/_2$ ctm., w niej liczne przekroje naczyń i miejscami tkanka, mogąca uchodzić za resztki miąższu nerkowego. Sam guz ma 17 ctm. w przekroju, przedstawia się jako masa siarkowo blado-żółta, dość jednostajna, nieznacznie rozmiękła, poprzerzynana bledszymi, jednolitymi prążkami jednostajnie zbitej tkanki i okazuje liczne jamy, począwszy od wielkości minimalnej aż do wielkości bobu, wypełnione treścią śluzowatą, przeświecającą. Na tylnej powierzchni guza znajdujemy resztki nerki i to największą część w połowie górnej, na których odróżnić można dobrze korę i kilka piramid od rozszerzonej zatokowatej miedniczki. Kora na tym miejscu wynosi ze 3 mm., jest zbita, szaro-czerwona; w niej zupełnie odosobnione, okrągłe ciałko wielkości grochu, blado-żółtawe, niewyraźnie odgraniczone (mały zbłąkany zarodek nadnercza). Piramidy barwy i budowy kory, mało odgraniczone. W miedniczce łatwo można odszukać początek moczowodu, który prawie zupełnie jest zamknięty przez zatyczkę szaro-czerwoną, długości 15 ctm. przyczepioną tylko na początku moczowodu i to jeszcze nie na całym obwodzie, a dalej zupełnie wolną, do ścian moczowodu przylegającą, miejscami lekko zwężoną. Sam moczowód nieznacznie rozszerzony, o ścianach grubych, gładkich.

Podobnie i początek żyły nerkowej zawiera skrzep przy samej wnęce nerki, zrośnięty z błoną wewn. naczynia. Dalej w kierunku prądu krwi wolny, rozstrzępiony. W miejscu, gdzie żyła nerkowa wpada do żyły głównej, widać uszypułowaną narośl naścienną, wielkości orzecha włoskiego, wzgórkowaną, szaro-czerwoną, wiotką. Tętnica nerkowa i aorta bez zmian.

Cała tylna powierzchnia nowotworu pokryta jest 1—3 mm. grubą powłoką tkanki nerkowej, z której tkanka łatwo schodzi, i odsłania powierzchnię zupełnie gładką. Pod tą resztą nerki, bez nagłego przejścia od strony guza, i od strony powierzchni, ułożona jest wyżej wymieniona warstwa łącznotkankowa grubości mniej więcej $^1/_2$ ctm. Zupełnie oddzielnie od guza głównego nerki, na przedniej stronie guza, znajduje się we właściwej torebce drugi mniejszy guz, wielkości jaja, miękki, budowy gąbczastej o wielkich okach, wypełnionych przeświecającą rzadką cieczą; na dolnym końcu guza znajdują się podobne mniejsze guzki, lecz w mniejszym stopniu rozmiękłe.

Wątroba powiększona, waży 3400 grm. Torebka jej napięta, gładka, lśniąca, brzegi tępe. Na obu płatach, tak na górnej jak i na dolnej powierzchni, występują pod torebką nieliczne, lecz znacznych rozmiarów, do wielkości jaja gęsiego dochodzące guzy, o powierzchni gładkiej, szaro-żółtawej, w środku lekko zapadłe; z nich największy, o wymiarze 13×9 ctm., znacznie wystający, nieprawidłowo grubo wzgórkowany, znajduje się na dolnej powierzchni koło wnęki w płacie lewym. Na przekroju wątroba przekrwiona, budowa zamazana, barwa żółtawo-czerwono-brunatna, zbitość krucha. Odpowiednio do wystających guzów znajdują się i głębiej w utkaniu wątroby ogniska, otoczone unaczynioną, szaro-czerwoną tkanką łączną, na przekroju równą, konsystencyi miejscami dość zbitej, miejscami wejrzenia masy serowatej, lub zupełnie rozmiękłej, barwy szaro-żółtawej.

Nerka prawa prawidłowej wielkości, prócz kruchości miąższu, zmian nie okazuje.

Nadnercze lewe, ułożone na górnym końcu guza, poza torebką, wielkości prawidłowej. Na przekroju rdzeń jego szerszy, blado-szarawy zbitości rdzeniastej. Nadnercze prawe zupełnie bez zmian.

Na uwagę zasługuje jeszcze śledziona, która wprawdzie z guzem niezrośnięta, jednak dolnym końcem do niego przylega i jest znacznie powiększona = 15 × 10 × 7 ctm. Torebka jej napięta, lśniąca. Na przekroju miąższ szaro-czerwono-brunatny, przekrwiony, beleczki i torebki niewyraźne, miazgi dużo, zbitość krucha. Barwa na przekroju szybko przechodzi w ciemniejszą. Jelita bez zmian. Gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe tylko nieznacznie powiększone, blade.

(Dokończenie nastąpi).

---

[8]) Klinicznie będzie przypadek ten opisany przez Dra Marischlera, asystenta kliniki.

II. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

III. Przyczynek do sprawy błędów lekarskich.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Ustawodawstwo francuskie nie posiada osobnych postanowień, dotyczących błędów lekarskich; w ten sposób zaliczają się one we Francyi do przewinień, wynikających z karygodnego zaniedbania (§. 319 i 320). Za karygodne zaniedbanie zaś uważa kodeks francuski, jak wszystkie ustawodawstwa, jeżeli ktoś nie wykonał czynności mogącej zapobiedz niebezpieczeństwu, grożącemu drugiej osobie, chociaż czynność tę wypełnić był powinien i jeżeli z tego wynikła śmierć lub, rozmaicie w różnych kodeksach określana, szkoda na zdrowiu. W danym przypadku uznał sąd za rzecz pewną, że Dr. L. użył igły bez ochrony ręką; jakąbykolwiek wartość należało przypisywać zeznaniom świadków, rzecz była o tyle prawdopodobna, że nawet obrońcy Dra L. nie próbowali poruszać tego szczegółu i że z tej strony sprawa jest przesądzoną. Pytania, czy użycie przez Dra L. igły było rzeczą zgodną z zasadami sztuki lekarskiej, a które „mutatis mutandis“ stanowiło treść ciekawego przypadku, ogłoszonego u nas przed kilku laty [1]), nie potrzebowano w danym razie rozstrząsać, ponieważ, zdaniem wszystkich znawców, Dr. L. miał pełne prawo użyć narzędzia, jakie uważał za stosowne.

Inaczej jest z drugą częścią motywów wyroku sądowego, bez której nie możnaby uznać Dr. L. winnym, a mianowicie z twierdzeniem, że „obrażenia pęcherza sprawione były przez igłę“. Sąd, wybierając z dwóch sprzecznych zdań znawców jedno, nie odwołując się do orzeczenia żadnego grona naukowego, przekroczył w tym przypadku właściwy swój zakres i stanął w sprzeczności z zastrzeżeniem, pomieszczonem w samym wyroku, że nie jego zadaniem jest „sprawdzać rozpoznanie“. To wkroczenie sądu w zakres czysto lekarski było uzasadnionym powodem niezadowolenia, jakie wywołał wyrok w kołach lekarskich, gdyż nie ulega wątpliwości, że nasuwało się tu zagadnienie naukowe, ostatecznie nierozstrzygnięte, któremu właśnie chciałbym poświęcić kilka uwag.

Zagadnienie to w najprostszej postaci streszcza się w pytaniu, czy wynik sekcyi uprawniał do tego, aby twierdzić stanowczo, iż między śmiercią położnicy a zabiegami Dra L. istniał związek przyczynowy i czy nawet, gdyby tak było, Dr. L. popełnił istotnie błąd lekarski?

Druga część tego pytania, aczkolwiek na pozór paradoksalna, ma jednak znaczenie doniosłe i to z ogólnego stanowiska sądowo-lekarskiego, bez względu na to, w jakim kraju stałby się podobny przypadek i pod jakie prawne postanowienia mógłby podpadać. Zeznania chorych, leczonych przez Dra L. przed owym fatalnym porodem, wystawiające mu jak najlepsze świadectwo, gotowość jego do ratowania chorej, która wbrew jego radzie, nie chciała się udać do szpitala, wytrwałe usiłowania ukończenia porodu, wszystko to zdaje się świadczyć, że Dr. L. działał w jak najlepszej wierze; okoliczność, że nie pojawił się później u położnicy, nie może mieć znaczenia wobec tego, że Dr. L. wezwany był w tym nagłym przypadku tylko do pomocy, którą jednorazowo nieść się zobowiązał, i w kraju, w którym nie istnieje taki ustawowy przymus wykonywania obowiązków lekarskich, jak w Austryi. Otóż jest coś przeciwnego ludzkości, coś nienaturalnego w tem, aby lekarz, działający w dobrym zamiarze i wysilający się na to, by uzdrowić, mógł być zasądzony, jako winowajca; prof. P. nie ograniczając się do zeznań w sądzie, wyraził się w jednym ze swoich wykładów: „Jakto, więc lekarz, którego wszystkie czynności kierowała jedyna pobudka, chęć ocalenia człowieka, który w tym celu kilka godzin ciężko w nocy pracował, może być traktowanym, jak zwyczajny zbrodniarz?!“

Z przytoczonych twierdzeń Prof. P. i Dra V. widać, że obrońcy Dra L. szukali wyjścia z tego przykrego położenia, starając się zachwiać wnioskami wywiedzionymi przez urzędowych znawców z wyniku sekcyi. Trzeba przyznać, że zarzuty Prof. P. i Dra V. są w znacznej części uzasadnione. Opis sekcyi nie może służyć za wzór, mimo że, w porównaniu do sposobu, w jaki spisują się we Francyi wyniki badań sądowo-lekarskich, jest względnie szczegółowym i dokładnym. Daje się tu uczuwać brak jednolitych przepisów, brak pewnych stałych ram, które może niekiedy są uciążliwe, w każdym jednak razie chronią od przeoczenia szczegółów najważniejszych i są wielką pomocą zarówno dla początkującego lekarza sądowego, jak i w przypadkach trudniejszych, w których lekceważenie utartej formy mści się nieraz dotkliwie na znawcy. Stąd zupełnie słusznie odezwały się we Francyi, po sprawie Dra L., nawoływania do tego, aby ulepszyć sposób badania i nadać stałą formę orzeczeniu sądowo-lekarskiemu, określając je pewnymi przepisami i wymagając przy każdem badaniu obecności dwóch lekarzy, nie zaś, jak dotąd często się dzieje, jednego.

Do niedokładności, podniesionych przez Dra V., doliczyć trzeba jeszcze brak dokładnego określenia kierunku, a poczęści i siedziby przedziurawień, znalezionych w pęcherzu zmarłej Fr., jakoteż ich znamiennych cech.

Mając sposobność widzieć dobrze zachowany okaz, uzyskany przy sekcyi, mógłbym dodać do opisu znawców, że otwór na przedniej ścianie szyjki macicy odpowiadał zupełnie kierunkiem i wymiarami otworowi na tylnej ścianie pęcherza, z którym łączył się krótkim, nieco skośnie ku prawej stronie biegnącym kanałem o tym samym przekroju, i że otwór w prawej bocznej ścianie pęcherza, a raczej na granicy ściany bocznej i tylnej, odległy od tamtego tylko o 4 ctm., odpowiadał mu kierunkiem dłuższej swej osi, leżąc jakby w przedłużeniu kanału rany pęcherzowo-macicznej, coby świadczyło, że powstanie tych otworów, przy jednorazowem użyciu narzędzia, długiego $21\frac{1}{2}$ ctm., a działającego swym spłaszczonym, obosiecznym, zakrzywionym końcem jako narzędzie tnące, a nie kłójące, było zupełnie możebne. Wejrzenie ran, zakończonych w dłuższej osi ostrymi kątami, posiadających brzegi zupełnie ostre, łukowato od siebie ku środkowi rozchylone, przez co otwory posiadały postać krótkiego owalu, jak wszystkie rany cięte tkanin elastycznych, czyniłoby to przypuszczenie tem prawdopodobniejszem, że operator działał igłą, trzymaną w ręce prawej,

[1]) W którym użyto haka od drzwi do wykonania obezgłowienia (dekapitacyi) płodu.

a kierunek ruchu, wykonanego narzędziem tak trudnem do ujęcia, mógł mimowolnie zbaczać najłatwiej ku stronie prawej rodzącej.

Ponieważ jednak szczegółów tych niema w opisie sekcyi, a Prof. P. i Dr. V. okazu zachowanego przy rozprawie widzieć nie chcieli, przeto należy stwierdzić, czy pomimo to mieli podstawę do zupełnego obalenia wniosku znawców Dr. M. i S. i czy podane przypuszczenia były prawdopodobniejsze. Zdaje mi się, że nie. Przypuszczenie, że przedziurawienia pęcherza powstały podczas sekcyi, upada samo przez się wobec tego, że stanowczo stwierdzono podbiegnięcia krwawe brzegów ran. Drugie przypuszczenie, że obrażenia powstały przed użyciem igły, pod działaniem n. p. końców kleszczy, jest już dlatego bardzo nieprawdopodobnem, ponieważ w takich razach spostrzegano obrażenia zupełnie inne, przedewszystkiem gdzieindziej usadowione, a następnie, jest ono nieużyteczne, ponieważ, mimo niepewnych zeznań świadków, sąd uznał za udowodnione zastosowanie kleszczy bez ochrony ręką. Trzecie przypuszczenie, że otwory powstały w taki sposób, jak samoistne przetoki pęcherzowo-maciczne, nie liczy się z tem, że zmiany takie powstają prawie zawsze wskutek ucisku i wywołanej przez to nekrozy, czego w danym przypadku nie stwierdzono; nie tłómaczy ono zresztą dostatecznie powstania otworu w bocznej ścianie pęcherza.

Pozostaje więc tylko przypuszczenie samoistnego pęknięcia macicy, lecz i ono jednak również nie tłómaczy, skąd wziął się otwór w bocznej ścianie pęcherza, prowadzący do jamy otrzewnej. Nadto już przed dziesięciu laty wykazał Katayama[2]), badając doświadczalnie pęknięcia macicy i pęcherza pod działaniem narzędzia stożkowatego, że powstające przez to szczeliny przebiegają zawsze w pewnym stałym kierunku, podobnie jak w skórze („Spaltbarkeitsrichtung") i że pęknięcia samoistne macicy przebiegają prawie zawsze zupełnie taksamo, jak szczeliny, wywołane narzędziem stożkowatem; zwrócił on przytem uwagę, że ta stałość kierunku szczelin („Spaltbarkeitsrichtung") może w razach wątpliwych służyć do odróżnienia skutków błędów lekarskich od pęknięć samoistnych, dostarczając wskazówek co do ogólnych własności użytego narzędzia. Macica ciężarna zachowuje się zupełnie inaczej, niż nie ciężarna; przytem nietylko błona śluzowa i surowicza pękają zwykle w odmiennych kierunkach, ale także pojedyńcze warstwy mięsne zachowują się rozmaicie, wskutek czego brzegi samoistnych pęknięć z reguły nie są równe. Pokrywająca pęcherz błona surowicza pęka poprzecznie, warstwa mięsna ściany tylnej pęcherza w linii środkowej pionowo, po bokach skośnie, przyczem szczeliny układają się w linie, biegnące rozbieżnie od środka ściany tylnej ku zewnątrz i górze i przechodzące ku bocznym ścianom w linie łukowate, które okrążają współśrodkowo ujścia moczowodów. Błona śluzowa tylnej ściany pęcherza pęka w środkowej linii ściany prawie poprzecznie, zresztą zaś skośnie. W przypadku zaś Dra L. oba pęknięcia zupełnie nie odpowiadają danym, znalezionym przez Katayamę.

Wobec tego, nawet na podstawie opisu sekcyi, należałoby w danym przypadku uważać obrażenie pęcherza igłą za prawdopodobniejsze, niż wszystkie inne przypuszczenia. Znawcy urzędowi popełnili zaś błąd, zbyt niestety częsty, nadając orzeczeniu postać zbyt stanowczą, w porównaniu do wniosków, do jakich mieli prawo.

Pomimo tego jednakże, że uszkodzenie podwójne pęcherza zapomocą igły, a więc związek przyczynowy śmierci położnicy z zabiegami, podjętymi przez Dra L., był prawdopodobniejszy, niż wszystkie inne przypuszczenia, nie można w danym przypadku, mojem zdaniem, z punktu widzenia lekarskiego, mówić o błędzie lekarskim. Pomimo że określenie błędu w sztuce ze stanowiska lekarskiego jest rzeczą trudną i do dziś dnia ostatecznie nie załatwioną, to jednak można przyjąć określenie, podane przez Oesterlena[3]) za wystarczające. „Lekarz dopuszcza się błędu w sztuce, jeżeli chorego, powierzonego swej pieczy, przez leczenie na zdrowiu lub życiu uszkodził, mimo że był w możności swobodnego korzystania ze swej wiedzy i zdolności technicznych; dalej, jeżeli to uszkodzenie chorego wynikało z wykroczenia w lekarskiem postępowaniu, lub zaniechania, wbrew ogólnie uznanym zasadom, i mimo, że lekarz dany przypadek należycie ocenił i rozpoznał, lub też już na podstawie zwykłych wiadomości i zwykłej zręczności technicznej mógł był dany przypadek należycie rozeznać, a tem samem błędu uniknąć".

Odsyłając po szczegóły do wykładu Wachholza[4]), pozwolę sobie przytoczyć jedno z dołączonych przez niego w tej sprawie wyjaśnień: „Zdarzyć się może, że lekarz, mimo najlepszej chęci i woli, nie mógł w danym przypadku skorzystać ze swej wiedzy i biegłości, a to z powodu, że był w danej chwili chorym, znużonym, lub że nie miał czasu do namysłu, a przypadek domagał się natychmiastowego wkroczenia. Trzeba także uwzględnić, że w praktyce mogą i zewnętrzne okoliczności tak się nieszczęśliwie złożyć, że czynią zadanie lekarza nad siły trudnem, wobec czego błąd w rozpoznaniu, błąd w technice lekarskiej, staje się usprawiedliwionym".

W przypadku Dra L. istniały niewątpliwie okoliczności odpowiadające pojęciom, zawartym w określeniu Oesterlena.

Nietylko bowiem jednozgodne zeznania świadków stwierdzają, że Dr. L. był w czasie zabiegów nadzwyczajnie poruszony i pomięszany, że stracił w końcu zupełnie panowanie nad sobą, ale okoliczność tę podnoszą także znawcy w orzeczeniu, a sąd uwzględnia w wyroku, jako łagodzącą. Słowa bez związku i nieuzasadnione zwykłym rozsądkiem zdania, jakie Dr. L. kilkakrotnie w czasie zabiegów wygłaszał, pochwycenie za dłuto i młotek, które mu otoczenie z rąk odebrało, okoliczność, że ukazującej się główki płodu nie poznał, wraz z innymi podobnymi szczegółami, świadczą, że umysł lekarza znajdował się pod władzą silnego wzburzenia, nietylko już osłabiającego, ale poprostu zupełnie usuwającego władanie sobą, „możność swobodnego korzystania ze swej wiedzy i zdolności technicznych", jak to określa Oesterlen.

Nie wchodzę w to, czy znawcy urzędowi, a zwłaszcza obrońcy Dra L. powinni byli położyć większy nacisk na tę okoliczność, zamiast jak to zrobił Prof. P., starać się przeciwnie udowodnić u Dra L. w chwili czynu „wolę jasną, wytrwałą, omal, że nie niezwykłą". Może być, że cofnięto się tu przed

[2]) „Ueber Stichwunden in gerichtlich-medicinischer Beziehung". Vierteljahrschr. für ger. Med. 1887. Tom 46. Str. 1.

[3]) w Maschka Handbuch der gerichtl. Med 1882. III.

[4]) Uwagi nad oceną sądowo-lek. t. zw. błędów w sztuce. »Przegląd lek.« 1896. Nr. 36, 37, 38.

trudnością, którą roztrząsa Wachholz (l. c), a która polega na tem, że „lekarskie pojęcie błędu w sztuce jest nieco odmienne od takiego pojęcia prawniczego“, i że „niemożność korzystania ze swej wiedzy i biegłości“ jest wskutek tego argumentem wartości zmiennej, zależnie od obowiązujących w pewnym kraju ustaw.

Bez względu na to, czy ustawa uwzględnia odrębnie błędy lekarskie, czy też je pomija milczeniem, podpadają przypadki, podobne do naszego, ostatecznie pod ogólne pojęcie wykroczeń przez zaniedbanie („Fahrlässigkeit“), a waga wspomnianego argumentu zależy od tego, w jakich przypadkach w ogóle czynność lub zaniedbanie nie są według danej ustawy karygodne. (Ogólne określenie odpowiedzialności). Wiążące się z tem zagadnienia sądowo-lekarskie rozebrał szczegółowo w znakomitym swym podręczniku Hoffmann[5]); przypomnieć więc tylko należy, że według obecnie obowiązującego prawa karnego austryackiego (§. 2, ustęp c), przypadek, podobny do naszego, mógłby być podciągnięty pod elastyczne pojęcie „andere Sinnesverwirrung“, gdyby nie to, że w oświetleniu §. 134 austryackiej procedury karnej należy tu mieć na myśli chorobowe zboczenie umysłu, nie zaś silne wzruszenie, wynikające ze zwykłych ludzkich uczuć. Kodeks karny niemiecki (§. 51), zarówno jak projekt ustawy karnej austryackiej (§. 56), obracają się w jeszcze ciaśniejszych granicach, wymieniając wyraźnie, że stan umysłu w chwili czynu, uwalniający od odpowiedzialności, musi być chorobowy. („Krankhafte Hemmung oder Störung“). Jakkolwiek takie ścisłe określenie, według słusznej uwagi Hoffmana ułatwia, niezmiernie zadanie znawcy wogóle, to w tak szczególnym przypadku, jak nasz, staje się przeciwnie trudnością; trudność tego rodzaju nie istnieje w tych tylko krajach, gdzie ustawodawca (jak n. p. w projekcie kodeksu karnego w Norwegii §. 44) pozostał przy ogólniejszem pojęciu: „Czynność lub zaniedbanie nie jest karygodnem.... jeżeli sprawca, z powodu szczególniejszego stanu umysłu, stracił władanie sobą[6]).

Trudność ta jednak nie powinna zrażać znawcy, któremu pozostaje zawsze jeszcze otworem droga, wskazana przez Hofmana (l. c. Wyd. VI. str. 953), jeżeli nie może stanowczo orzec, czy „władanie sobą“, to jest wola i zdolność sądu, były w danym przypadku u sprawcy w swych czynnościach zawieszone. Ostateczne bowiem rozstrzygnięcie, czy utrata woli i zdolność sądu dosięgały tego stopnia, jakiego wymaga prawodawca, ażeby czynność nie była karygodną, musi być pozostawione samemu sądowi lub przekonaniu sędziów przysięgłych. Zwłaszcza więc tam, gdzie ustawa nie wspomina wyraźnie o chorobowym stanie umysłu, punkt ciężkości leży w sposobie tłómaczenia ustawy przez sąd w danym rzeczywistym przypadku, a doświadczenie wykazuje, że w przypadkach błędów lekarskich tłómaczenie to najczęściej wypada „in mitius“, zbliżając się do określenia błędów w sztuce, ze stanowiska lekarskiego, w tym rodzaju, jak je podał Oesterlen.

W tejsamej Francyi, gdzie obecnie skazano Dra L., niewiele ważąc szczególny, chociaż może nie chorobowy, stan jego umysłu w chwili czynu, określał niedawno we wnioskach do trybunału kasacyjnego prokurator generalny Dupin pojęcie błędu lekarskiego w następujących rozumnych i ludzkich słowach:

„Granic odpowiedzialności lekarskiej nie podobna oznaczyć w sposób stanowczy; sędzia musi ją oznaczyć w każdym przypadku z osobna, według okoliczności, nie tracąc jednak z oka zasady ogólnej: za wykonywanie swego zawodu staje się odpowiedzialnym ten, kto popełnił w nim błąd, chociaż mógł przez większą uwagę błędu uniknąć...“

Sprawa, którą starałem się w miarę sił rozjaśnić, nasuwa jeszcze pytanie, czy nie byłoby rzeczą wskazaną i godziwą dążyć do ustalenia pojęcia błędu lekarskiego i do wprowadzenia odpowiednich jednolitych postanowień do kodeksów karnych. Rzecz ta, obchodząca zarówno lekarzy wszystkich krajów, mogłaby być poruszoną na Zjazdach międzynarodowych, które powagą swych uchwał możeby wpłynęły na zmianę istniejących stosunków na korzyść lekarzy i na rzecz słuszności[7]).

III. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Glużińskiego we Lwowie.**

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Przypadek IX. M. J., lat 26. Rozpoznanie. *Atonia intestinorum.* Obecna choroba miała się rozpocząć według opowiadania chorego przed rokiem, wśród objawów ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Objawy żołądkowe wkrótce ustąpiły, pozostał tylko nieżyt jelitowy i ten trwał dwa tygodnie, poczem wystąpiło zaparcie stolca, które do dzisiaj uporczywie utrzymuje się. *(Patrz Tablica XIII).*

I tutaj okazał się w całej pełni spodziewany wynik badania: wzmożona ilość kwasu solnego wolnego podczas zaparcia stolcowego a zmniejszenie się ilości jego przy użyciu środków przeczyszczających. A gdy chorego zostawiłem bez leków, znowu się wzmogła ilość kwasu solnego, tak po śniadaniu, jako też po obiedzie.

Przypadek X. T. S., lat 46. Rozpoznanie: *Enteritis chronica catarrhalis subsequ. hydraemia.* Choroba rozpoczęła się przed miesiącem rzekomo wskutek silnego przeziębienia się. Wystąpił brak łaknienia, gorzkie odbijania, ciśnienie i bóle w okolicy żołądka, a następnie rozwolnienie, trwające do dzisiaj. Stolce częste, wodniste, z dużymi strzępami śluzu. W ostatnich dniach okazał się obrzęk kończyn dolnych i wybitna niedokrewność. Obecnie niema żadnych dolegliwości żołądkowych, łaknienie jest dobre. Chory przez czas pobytu w klinice stracił na wadze blisko 2 kilogrm. W moczu ślad białka, w osadzie moczu niema żadnych nieprawidłowych składników morfotycznych. *(Patrz Tab. XIV).*

---

[5]) W kilku ustępach części V.

[6]) Szczegóły projektu norweskiego zawdzięczam Dr. Urbye, zastępcy prokuratora i docentowi wydziału prawniczego w Chrystyanii.

[7]) Tegoroczny Zjazd poznański, gromadzący lekarzy, podlegających trzem różnym kodeksom, nadawałby się może do poruszenia tej sprawy i przygotowania jej na najbliższy Zjazd międzynarodowy pracą naszych sił zawodowych.

Przypadek XI. R. Ł., lat 18. Rozpoznanie: *Enteritis chronica.* Choroba obecna rozpoczęła się w 12. roku życia i ma trwać z małemi zmianami w nasileniu do dzisiaj. Początkowo miał mieć do ośm stolców na godzinę, stolce były wodniste, po większej części zielonawo-zabarwione, zmięszane ze strzępami śluzu; obecnie jest ich 6—8 dziennie, zupełnie wodnistych. Łaknienie przytem dobre; odbijań, nudności i wymiotów nie miał i nie ma. W innych narządach nie można wykazać żadnych zboczeń chorobowych. Podczas pobytu w klinice, w czasie doświadczeń, przybyło go na wadze $1^1/_2$ kilogrm. *(Patrz Tablica XV).*

Ostatnie dwa przypadki X. i XI. zasługują na szczególniejsze uwzględnienie. I tutaj, podobnie jak w poprzednich przypadkach nieżytu jelitowego, brak wprawdzie wolnego kwasu solnego, lecz nadto brak zupełny kwasu solnego utajonego, a dla wywołania reakcyi na wolny kwas solny potrzeba było dodać 30—80 sz. Cnt. HCl; ogólna kwasota 2—4—6—8 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH, często nawet treść żołądkowa po śniadaniu oddziaływała alkalicznie, brak pepsyny i albumoz, wreszcie brak fermentu podpuszczkowego. Podnieść winienem, że mimo podania wielkich ilości makowca lub bismutu, stolce były wolne i częste. Obraz to choroby znanej pod nazwą „achylia gastrica“, która według Einhorna[1]) i Opplera[2]) bywa przyczyną pewnych przypadków nieżytu jelitowego. Z natury rzeczy wynikałoby, że „achylia gastrica“ jest następstwem ciężkich zmian w błonie śluzowej żołądka, a mianowicie zaniku narządu gruczołowego. Fenwick zwrócił uwagę na zanik błony śluzowej, jako na samoistne cierpienie i połączył je w pewien związek przyczynowy z niedokrewnością postępową złośliwą. Tymczasem są znane w literaturze przypadki, które pouczają, że chorzy mogą długo bezkarnie znosić brak siły peptycznej żołądka, jeżeli tylko utrzymaną jest jego siła ruchowa i jeżeli jelita zdrowe mogą zastępczo pełnić funkcye żołądka. Tak n. p. Ewald spostrzegał chorego przez $2^1/_2$ lat, który przybrał w tym czasie na wadze 12 kilogrm., mimo, że jego żołądek stale okazywał stan „achylia gastrica“. Einhornowi udało się przypadkowo dostać z żołądka takiego chorego strzępki błony śluzowej, które okazywały prawidłowy stan histologiczny. Pomijam przypadki innych autorów, jak Rosenheima, Westphalena, Allena, A. Jonesa, które zdają się dowodzić, że achylia gastrica niekoniecznie musi być wyrazem zaniku narządu gruczołowego; może być tylko częściowy zanik, a może, na co Meyer[3]) zwraca uwagę, następuje takie tłuszczowe zwyrodnienie w nerwach żołądkowych, jakie występuje według Jürgensa[4]), Blaschko[5]), Sasaki[6]), w zwojach Meissnera i Auerbacha przy zaniku żołądkowo-jelitowym. Jakkolwiek zresztą rzecz się ma, zdaje się być faktem niewątpliwym, że tak zmienione czynności żołądka mogą wywrzeć wpływ szkodliwy na stan jelit, mogą wywołać nieżyt jelitowy, który ustąpi, gdy leczenie żołądka, przeważnie dyetetyczne, zastosowane do sił żołądkowych, a oparte na rozbiorze treści żołądkowej, oszczędzi jelitom zbyt ciężkiej, a tem samem drażniącej pracy. Ostatnie dwa przypadki mają wszelkie cechy choroby „achylia gastrica“, która, według uznania powyżej wymienionych autorów, może w następstwie wywołać nieżyt jelitowy.

Na tem zakończyłem dział B. moich doświadczeń.

Rozstrząsając pierwsze dziewięć przypadków zboczeń funkcyj jelitowych, objawiających się już to zaparciem stolca, już to rozwolnieniem, mogę wysnuć na podstawie przeprowadzonych doświadczeń następujące wnioski:

1) **W przypadkach niedowładu jelit, przezemnie badanych, ilość wolnego kwasu solnego utrzymywała się na dość znacznej wysokości; ilość ta jednak zmniejszała się po podaniu środków przeczyszczających** (podophyllinum c. rheo et aloe, ol. ricini, aqu. laxativa vienensis).

Zrobiłem przytem to spostrzeżenie, że **kwasota ogólna w pierwszych dniach zaparcia stolcowego dość wysoka w miarę dłuższego okresu braku stolca rośnie, ale natomiast ilość wolnego kwasu solnego bardzo często maleje.**

2) **W przypadkach nieżytu jelitowego, objawiającego się rozwolnieniem, ilość wolnego kwasu solnego była mała lub nawet był go zupełny brak; zwiększała się zaś jego ilość, lub względnie wolny kwas solny pojawiał się po podaniu środków powstrzymujących ruch robaczkowy** (wyciąg lub nalewka makowca, bismut, tanigen).

3) **W sile ruchowej żołądka nie zdołałem dostrzedz wybitnych zmian, gdy po zaparciu stolca następowało rozwolnienie, lub po rozwolnieniu — zaparcie stolca.**

Jedynie spostrzeżenie, pod 1) umieszczone, może być wskazówką, że upośledzenie ruchów robaczkowych jelit odbija się również niekorzystnie na mechanizmie ruchowym żołądka.

Wogóle więc wyniki powyższe w zasadzie zupełnie zgodne z tymi, jakie otrzymałem, wywołując sztucznie, zapomocą środków odpowiednich, zaparcie stolca lub rozwolnienie; albowiem **wśród rozwolnienia, czy to wywołanego lekami, czy to samoistnie chorobowo występującego, ilość wolnego kwasu solnego była mała, lub bywał zupełny brak kwasu solnego wolnego; po podaniu zaś środków powstrzymujących stolce zwiększała się ilość wolnego kwasu solnego, lub względnie zjawiał się wolny kwas solny; a wśród zaparcia stolcowego w obu razach była dość znaczna ilość wolnego kwasu solnego, która znowu zmniejszała się, lub nawet znikał wolny kwas solny, gdy stolce stawały się częste i wolne.** Zgodność wyników z doświadczeń, umieszczonych w dziale A., z wynikami przypadków chorobowych, wymienionych w dziale B., wskazuje na wspólną przyczynę spostrzeganych faktów, a więc, że nie środki użyte w doświadczeniach w dziale A., tylko zmieniona funkcya jelitowa wpływa na zmianę funkcyi żołądka.

W końcu poczytuję sobie za miły obowiązek podziękować jak najserdeczniej Prof. Drowi A. Gluzińskiemu za chętne odstąpienie mi materyału klinicznego i za łaskawe, koleżeńskie poparcie mnie w pracy.

---

[1]) Dr. M. Einhorn: Zur Achylia gastrica. Arch. für Verdaungs-Krankheiten B. I. H. 2. Dr. M. Einhorn: Verstopfung und Diarrhöe als Folgezustände mancher Magenerkrankungen. Arch. f. Verdaungs-Krankheiten B. III. H. II.

[2]) Ueber die Abhängigkeit gewisser chronischen Diarrhöe von mangelnder Secretion des Magensaftes von Dr. Oppler. Deut. med. Woch. Nr. 32. 1896.

[3]) Meyer Zeitschrift f. klin. Medizin Bd. XVI.

[4]) Jürgens: Berl. klin. Woch. 1882. Nr. 28.

[5]) Blaschko: Virchow's Archiv Bd. XCIV.

[6]) Sasaki: Virchow's Archiv. Bd. XCVI.

Tablica XIII.

M. J. *Atonia intestinorum.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Uwagi
17/2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	82	24	50	—	8	ślad	wybitne	amidulin	—	0·006%	5 dni niema stolca
18/2	46	6	38	—	2	0	wybitne	amidulin	0	0·006%	58	10	40	—	8	ślad	wybitne	—	—	0·005%	brak stolca
Po środkach przeczyszczających																					
19/2	52	14	36	—	2	0	ślad	amidulin	wybitny	0·006%	80	10	64	—	6	0	wybitne	erytro dekstryna	0	0·007%	4 pigułki *podophylin c. aloe et rheo* 2 stolce płynne
20/2	24	4	16	—	4	ślad	ślad	erytro-dekstryna	0	0·006%	80	2	72	—	6	ślad	ślad	erytro-dekstryna	0	0·005%	4 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo* 3 stolce płynne
21/2	54	8	42	—	4	0	ślad	amidulin	wybitny	0·006%	80	10	64	—	6	ślad	ślad	amidulin	0	0·006%	2 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo* 3 stolce płynne
22/2	54	12	38	—	4	0	ślad	amidulin	wybitny	0·006%	76	14	58	—	4	ślad	wybitne	erytro-dekstryna	0	0·006%	*aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
Bez leków																					
23/2	74	46	28	—	0	0	ślad	amidulin	wybitny	0·006%	84	40	44	—	0	0	wybitne	erytro-dekstryna	0	0·005%	brak stolca
24/2	64	40	24	—	0	0	wybitne	amidulin	0	0·006%	102	44	52	—	6	0	wybitne	erytro-dekstryna	0	0·005%	1 stolec
25/2	56	34	20	—	2	0	wybitne	amidulin	wybitny	0·006%	76	28	48	—	0	0	wybitne	erytro-dekstryna	0	0·005%	2 stolce prawidłowe

Tablica XIV.

T. S. *Enteritis chronica catarrhalis subs. hydraemia.*

	Po śniadaniu								Po obiedzie									
Data	ogólna kwasota	kwas solny wolny	brakujący kwas solny utajony	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	ogólna kwasota	kwas solny wolny	brakujący kwas solny utajony	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwagi
20/2	4	0	12	ślad	nieznaczne ślady	achroo-dekstryna	0	0·02%	20	0	22	ślad	ślad	achroo-dekstryna	0	0·03%	1/2	5 stolców wodnistych
21/2	20	0	10	ślad	0	achroo-dekstryna	0	0·03%	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7 stolców wodnistych
22/2	—	—	—	—	—	—	—	—	18	0	14	ślad	ślad	achroo-dekstryna	0	0·03%	1/2	5 stolców wodnistych
23/2	0	0	32	ślad	ślad	achroo-dekstryna	ślad	0·03%	18	0	46	ślad	ślad	achroo-dekstryna	ślad	0·008%	1/2	60 kropel *trae opii* 3 stolce płynne
24/2	—	—	—	—	—	—	—	—	26	0	40	ślad	0	achroo-dekstryna	0	0·009%	1 1/2	60 kropel *trae opii* 3 stolce wodniste
25/2	10	0	50	0	ślad	ślad amidulinu	ślad	0·02%	32	0	80	0	0	achroo-dekstryna	0	0·007%	1 1/2	60 kropel *trae opii* 4 stolce wodniste
26/2	6	0	26	0	ślad nieznaczny	erytro-dekstryna	wybitny	0·006%	16	0	26	0	ślad	achroo-dekstryna	ślad	0·007%	1	4 proszki *bism. salicyl. 0·60 extr. laud. 0·02* 2 stolce wodniste
27/2	6	0	16	0	0	achroo-dekstryna	wybitny	0·009%	20	0	26	ślad	ślad	achroo-dekstryna	0	0·009%	—	4 proszki *bism. salicyl. c. extr. laud.* 1 stolec płynny
28/2	alkal.	0	—	—	—	—	—	—	28	0	30	ślad	wybitne	achroo-dekstryna	0	0·009%	—	4 proszki *bism. salicyl. c. laud.* 1 stolec dobry
1/3	4	0	12	0	ślad	achroo-dekstryna	wybitny	0·03%	24	0	28	0	wybitne	achroo-dekstryna	wybitny	0·04%	—	4 proszki *bism. salicyl.* 1 stolec płynny
2/3	16	0	24	0	ślad	achroo-dekstryna	wybitny	0·02%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Zaczyn podpuszczkowy bywał w śladach, lub był zupełny go brak (w sposób podany przez Jaworskiego).

Tablica XV.

R. Ł. *Enteritis chronica*

Data	Po śniadaniu: kwasota ogólna	kwas solny wolny	brakujący kwas solny utajony	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: kwasota ogólna	kwas solny wolny	brakujący kwas solny utajony	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Uwagi
23/2	4	0	14	ślad	nieznaczny ślad	erytrodekstryna	ślad	0·008%	20	0	10	0	ślad	achroodekstryna	—	0·03%	6 stolców płynnych
24/2	2	0	24	ślad	0	achroodekstryna	wybitny	0·009%	28	0	24	ślad	ślad	achroodekstryna	ślad	0·04%	8 stolców płynnych
25/2	4	0	26	0	0	achroodekstryna	wybitny	0·009%	24	0	64	0	ślad	achroodekstryna	ślad	0·01%	5 stolców płynnych
26/2	4	0	26	0	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	10	0	50	0	ślad	erytrodekstryna	ślad	0·008%	4 proszki *bism salicyl. 0·60 extr. laud. 0·02* 4 stolce
27/2	alkalicz.	0	—	—	—	—	—	—	8	0	44	0	ślad	achroodekstryna	ślad	0·007%	4 proszki *bism. salicyl. extr. c. laud.* 3 stolce
28/2	4	0	16	0	0	erytrodekstryna	wybitny	0·007%	22	0	48	0	ślad	erytrodekstryna	ślad	0·009%	4 proszki *bism. salicyl. c. laud.* brak stolca
1/3	4	0	16	0	0	erytrodekstryna	wybitny	0·008%	8	0	32	0	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·05%	4 proszki *bism. salicyl. c. laud.* 1 stolec wodnisty
2/3	6	0	14	0	0	erytrodekstryna	wybitny	0·02%	—	—	—	—	—	—	—	—	4 proszki *bism. salicyl.* brak stolca

Po większej części brak był fermentu podpuszczkowego — w treści wydobytej bywało mało śluzu, nadto udawało się wydobyć bardzo mało treści żołądkowej w zwykłej porze, t. j. w godzinę po śniadaniu i w trzy godziny po obiedzie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

4) G. E. Müller: **O galwanicznych wrażeniach wzrokowych.** *(Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. XIV. 5).*

Wrażliwość siatkówki na jakościowe własności wrażeń optycznych, czyli na barwy, waha się, jak wiadomo, w znacznych granicach i wśród stanów chorobowych różnym ulega zmianom; dla przykładu wspomnę tylko o daltonizmie, kompletnej ślepocie barwnej itp. Autor w powyżej przytoczonej pracy przeprowadził na 26 osobach szereg doświadczeń, ze ścisłością, nie pozbawioną zmysłu krytycznego, dla przekonania się, czy prąd galwaniczny wpływa na tę wrażliwość i w jakiej mierze. W tym celu kładł jedną elektrodę na karku, a drugi biegun bateryi łączył z specyalnymi okularami (Mensurbrille); prąd, o sile dowolnej i dającej się zmieniać, przepuszczał, podczas gdy osoba elektryzowana wpatrywała się w punkt stały, dający się różnie oświetlać. Autor, zgodnie z twierdzeniem Purkinyego stwierdził, iż pod wpływem prądu wstępującego powstawało wrażenie barwy fiołkowo-niebieskiej, a pod wpływem prądu zstępującego barwy zielono-żółtej; nadto zauważył, że prąd wstępujący podnosi wrażliwość siatkówki na barwę czarną, a zstępujący ją obniża i że u ludzi nie odczuwających barwy, zależnie od kierunku prądu, powstaje rozjaśnienie lub zaciemnienie pola widzenia. Zjawiska, powstające pod wpływem działania prądu galwanicznego na narząd wzrokowy, są dowodem, iż zastósowanie jego w tym kierunku nie może być całkiem bezskuteczne, i że elektryzowanie zakończeń nerwowych w siatkówce, przy zachowaniu pewnych ostrożności, mogłoby oddać pewne usługi terapeutyczne. W tym też kierunku od pewnego czasu pojawiają się w literaturze luźnie rozrzucone uwagi lub specyalne nawet prace; a Pierson-Sperling w swoim podręczniku elektroterapeutycznym dziwi się, iż dotąd elektryczność tak małe zastósowanie znalazła w oftalmologii, chociaż literatura poszczycić się może niejednym przykładem dodatnich wyników leczniczych w przypadkach takich, gdzie innymi środkami nie można usunąć choroby tkanek niedostępnych dla ręki okulisty. Nic w tem tak dalece dziwnego, jeżeli uwzględnimy, że pomimo znakomitych prac, pisanych w tym kierunku, poczawszy od starego „Essai d'Electrothérapie oculaire 1876“ Boucherona, a kończąc na znakomitych pracach Brennera i Neftela, wszystkich zjawisk jeszcze należycie nie wyjaśnili ani fizyologowie, ani okuliści. Wszak do niedawna jeszcze uważano odczyn siatkówki na prąd za zwykłe zjawisko odruchowe, idąc za zdaniem Benedicta i Althausa, a dopiero prace Ziemssena nad pobudliwością siatkówki i oporem gałki ocznej przechyliły szalę na stronę przeciwną. Wszak nawet sprawa działania prądu galwanicznego wogóle do dziś dnia jeszcze zasadniczo nie jest rozstrzygniętą, a walka zażarta toczy się między zwolennikami i przeciwnikami szkoły polarnej. Odmienne działanie biegunów dodatniego i ujemnego na pobudliwość nerwową, tak dobrze znane fizyologom pod nazwą zjawisk elektrotonicznych, a przez elektroterapeutów nie zawsze dające się wykazać z powodu trudności technicznych i zawikłań doświadczalnych, znajduje w referowanej dziś pracy nowe potwierdzenie; obok pięknej pracy Brennera nad nerwem słuchowym i zapatrywań Erba i Eulenburga nad zmianami pobudliwości nerwów ruchowych, doświadczenia Müllera nie mało mogą przyczynić się do rozjaśnienia ciekawej sprawy działania prądu galwanicznego.

Podając treść pracy Müllera, w związku z kilkoma uwagami o odnośnej, a dość rozrzuconej literaturze, nie możemy się powstrzymać od zachęcenia specyalistów do przeprowadzenia ścisłych badań w tym kierunku: czy pobudliwość siatkówki ulega wahaniom wśród chorób środków łamiących oka, czy wpływ prądu galwanicznego zmienia się w niedowidzeniu (amblyopia), połowiczem widzeniu (hemianopsia), mroczkach (scotoma), czy w fizyologicznem prawie Pflügera zachodzą wyjątki ilościowe lub jakościowe? oto szereg pytań ciekawych, a nie bez wagi. Zdaniem naszem, jak to już mieliśmy sposobność wykazać w pracach własnych nad zmianami elektrotonicznemi pobudliwości nerwowej (Kraków. Wydanie Akad. Umiej. Tom XXX Rozpr. Wydz. mat. przyr. i Wiedeń. Wyd. Akad. Umiej. Bd. CVI Mathem. nat. Classe) uwagę zwracać należy jednak przedewszystkiem na siłę użytego do doświadczeń prądu galwanicznego, albowiem powyżej pewnych granic, przy zastosowaniu prądów silnych, biegun ujemny działa zupełnie tak, jak i dodatni, t. j. obniża lub nawet tamuje pobudliwość. Zdaniem naszem, któreśmy wypowiedzieli na jednym z odczytów w Tow. lek. krakowskiem, przy zachowaniu wspomnianych ostrożności, dużo zjawisk elektroterapeutycznych dałoby się może podciągnąć pod prawa fizyologiczne, pomimo wielkiej różnicy, jaka istnieje między preparatem fizyologicznym, a narządami ustroju ludzkiego, a co zatem idzie, niejedno może wyłoniłoby się zastosowanie praktyczne praw teoretycznych w myśl luźnych spostrzeżeń, nie zawsze zgodnych, a przecież każących przypuszczać, że w głębi tych niezbadanych zjawisk leży jądro prawdy, do którego dochodzimy coraz bliżej. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Prof. Dr. Béla Augyán: **Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowych.** *(Ung. medicin. Presse 1897, Nr. 41).* Autor, uwzględniając wszystkie metody leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowych, zastanawia się szczegółowo nad teoretyczną metodą Quinkego, — polegającą na zmniejszeniu ucisku śródczaszkowego przez upuszczenie płynu mózgowego, nie potwierdzoną jednak przez Ziemssena, Leydena, Fürbringera i innych; następnie odrzuca stósowanie zimnych kąpieli, chyba co najwyżej kilkuminutowe zlewanie głowy i karku zimną wodą, co 3 do 4 godzin, przychyla się do stósowania ciepłych kąpieli, poleconych przez Aufrechta, jako środków wzmacniających serce. Dr. Augyán podaje swoją metodę, polegającą na stósowaniu środków odwodzących i przeciwzapalnych (antiphlogistica), oraz zastrzykiwań sublimatowych. Przypadki te dotyczyły osobników od 3—30 lat; liczba wstrzykiwań od 4—24; dokonywał je wzdłuż kręgosłupa codziennie, 1 centgr. sublimatu dorosłym; 0·005—0,01 dzieciom, jak była wysoka gorączka, bóle głowy, grzbietu, tężec karkowy. Widoczna poprawa następowała już po kilkorazowych (trzy do sześciu) wstrzykiwaniach. Jeżeli nawet wstrzykiwaniom sublimatowym nie chcemy przypisać działania skracającego przebieg choroby, to w każdym razie przyznać trzeba działanie, zmniejszające wytwarzanie się produktów zapalnych, co stwierdził autor na stole sekcyjnym, spotykając raczej produkty zapalne cechy włóknikowej, a nie ropnej. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Doc. M. Zeissl: **O wpływie jodu na ciśnienie śródczaszkowe.** *(Wien. med. Presse,* 1898, Nr. 15). Przed trzema laty wykazał autor, że roczyn jodu w jodku sodowym, wstrzyknięty do żyły szyjnej, wywołał znaczny obrzęk płuc; obecnie badał wpływ jodu na ciśnienie śródczaszkowe w ten sposób, że kuraryzowanym zwierzętom wycinał otwór w czaszce i oponie twardej, na lewo od zatoki podłużnej i łączył jamę czaszkową z manometrem Bascha. Następnie odsłaniał tętnicę szyjną, w której obwodowy koniec wstrzykiwał roztwór jodu w jodku sodowym, dośrodkowy zaś łączył z manometrem rtęciowym. Doświadczenia te wykazały, że przy wstrzykiwaniu roztworu jodowego ciśnienie śródczaszkowe wzmaga się niestosunkowo do wzmożonego ciśnienia krwi, co dowodzi, że tu działać musi jeszcze inny czynnik, prócz większego parcia krwi. Analogicznie do płuc, przyjmuje Z. i w czaszce przesączynę. Przypuszczenie to potwierdza jeszcze więcej badanie dna oka, które okazuje zupełną niedokrewność. Dla wykazania, że rzeczywiście mamy do czynie-

nia z przesączem, pozostaje obecnie dokładne zbadanie drobnowidowe tkanki mózgowej i rdzeniowej, które jest dopiero w toku. *F. K.*

E v e r k e: **O przerwaniu pochwy podczas porodu.** *(Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäk. T. VII. Z. 2).* Autor spostrzegał 5 przypadków przerwania pochwy podczas porodu. W etyologii główną rolę odgrywają źle wykonywane zabiegi rozwiązujące; lecz i samoistne pęknięcia zdarzają się także, a ułatwienie ich polega na dużej rozciągliwości pochwy i wiotkości więzadeł macicznych, któreto okoliczności dozwalają macicy wysunąć się na płodzie ku górze, a silne rozciąganie przewodu rodnego przenosi się z macicy na pochwę. Ścieśnienia miednicy i kruchość ścian pochwy usposabiają do pęknięć, przydarzających się najczęściej w tylnem sklepieniu. Co do postępowania radzi autor, w braku bezwzględnego ścieśnienia miednicy, które samo przez się daje wskazanie do cięcia brzusznego, rozwiązać rodzącą na drodze naturalnej, następnie, w razie wypadnięcia jelit do pochwy, przez otwór w sklepieniu odprowadzić je ręcznie (prawą ręką całą) do jamy brzucha, a drugą ręką pobudzić macicę do silnego skurczu i, po odprowadzeniu jelit, wcisnąć ją do miednicy małej i w ten sposób zapobiedz powtórnemu wypadnięciu jelit. Macicę w tem położeniu utrzymuje stale pomocnik, a operujący we wzierniku łyżkowym odsłania ranę w pochwie i zaszywa ją, łącząc powierzchnie otrzewnowe ze sobą.

Autor w ten sposób ocalił trzy chore. Naturalnie, rokowanie zależy od większego lub mniejszego prawdopodobieństwa zakażenia otrzewnej. *Ww.*

Dr. A l r e d o P o z z i: **O powstawaniu i leczeniu uporczywych wymiotów u ciężarnych.** (Leczenie zapomocą podskórnych wstrzykiwań chlorku kokainy w okolicę podpępkową, według metody Prof. Tibone). *Therapeutische Wochenschrift*, Nr. 37—38, rok 1897). Autor opisuje pięć przypadków, w których cierpienie nie dawało się usunąć żadnym lekiem, zazwyczaj stosowanym w podobnych przypadkach, tak, iż zamierzano u tych chorych wywołać sztuczne poronienie. Przedtem jednak zastosowano wstrzykiwania roztworu wodnego chlorku kokainy, a mianowicie wstrzykiwano 0·01 w okolicę podpępkową raz do dwóch razy dziennie i to przed jedzeniem. Już w pierwszym dniu autor zauważył znaczne polepszenie, po kilku dniach zaś takiego lekowania wymioty ustały, chore przyjmowały pokarmy mięszane i szybko przybierały na wadze. Żadnego ubocznego szkodliwego działania kokainy nie zauważono. Z pomiędzy pięciu osób, w ten sposób leczonych, trzy urodziły na czasie dzieci żywe i donoszone; co do jednej brak dalszych wiadomości; u jednej wreszcie musiano, w jakiś czas po wyleczeniu, wywołać poród przedwczesny z powodu zapalenia nerek i mieszkowego zapalenia jelit. Co do sposobu, w jaki kokaina działa leczniczo na wymioty ciężarnych, Prof. Tibone przypuszcza następujące działanie. Wymioty ciężarnych uważa on za sprawę odruchową; punktem wyjścia odruchu są tutaj, według niego, nerwy narządu rodnego, skąd nerw spółczulny przenosi odruch do ośrodka wymiotnego, umiejscowionego w rdzeniu pacierzowym. Otóż kokaina, wstrzyknięta podskórnie w okolicę podpępkową, w ilości 0·01, poraża nerwy części rodnych i usuwa w ten sposób połączenie nerwów rodnych z ogólnym narządem nerwowym. W ten sposób wprawdzie nie usuwa się przyczyny wymiotów, przez obniżenie miejscowej pobudliwości, ale przeszkadza się dalszemu działaniu jej. Autor porównuje działanie kokainy w tych przypadkach do przecięcia drutu przewodzącego przy dzwonku elektrycznym. *Piotrowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 kwietnia 1898 r.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 40. Jako gość prof. Trochanowski.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. R e n c k i demonstruje barwione preparaty pasorzytów zimnicy trzeciaczkowej, będących w okresie pełnego rozwoju i w chwili sporulacyi, oraz twory półksiężycowe (haemosporidium Laverani). Omawiając biologię pasorzytną zimnicy złośliwej (półksiężyc), podnosi kol. R. jego zewnątrz-ciałkowy rozwój, nadto nie przyznaje mu otoczki. Pasorzyt ten należy stanowczo uważać nie jako obumierający i bez znaczenia dla ustroju, jak to dziś jeszcze wielu autorów utrzymuje (Ziemann), ale jako twór zdolny do dalszego życia i rozwoju, który, zmieniwszy postać półksiężycową na owalną, a w końcu okrągłą, rozpada się na kilkanaście spór, dających początek nowemu pokoleniu. Formy półksiężycowe są swoistą postacią dla pasorzyta zimnicy złośliwej, gdyż przeniesione doświadczalnie z jednego organizmu na drugi, zawsze w tej samej formie występują. Demonstrowane półksiężyce, jak i preparaty ze śledziony, pochodzą z chorego (carcinoma recti inoperabile) z kliniki lekarskiej krakowskiej, któremu przeszczepiono zimnicę. Za odrębnością tego pasorzyta przemawiają również przeszczepiania zimnicy trzeciaczkowej, dokonane w klinice lek. lwowskiej. U 2 chorych, którym wstrzyknięto krew z przypadku *febris tertianae*, znaleziono identyczne pasorzyty; u jednego, któremu wstrzyknięto podskórnie, napady zimnicze wystąpiły 16-go dnia; u drugiego, któremu wstrzyknięto krew wprost do żyły, już dnia 5-go.

W dalszym ciągu omawia kol. R. środki lecznicze, stosowane w zimnicy, a z których chininie przyznaje pierwsze miejsce. Usuwa ona szybko napady zimnicze, a podawana przez czas dłuższy, niszczy pasorzyty zimnicy złośliwej. Polecany przez Ehrlicha i Gutmanna błękit metylenowy, któremu w ostatnich czasach Cardamatis, na podstawie swej bogatej statystyki, przyznaje pierwszeństwo przed chininą, wcale jej nie dorównuje. Łatwo występujące, a tak przykre dla chorego wymioty, przypadłości ze strony pęcherza, wreszcie z a w s z e wątpliwy wynik leczniczy, nie mogą chyba być jego zaletą. Z kilku chorych, leczonych w klinice błękitem met., z wyjątkiem jednego, u wszystkich musiano się uciec do euchininy. *Phenocollum hydrochlor.* żadnego wpływu nie wywiera na pasorzyty zimnicze. Euchinina, zalecająca się brakiem przykrego smaku, właściwego chininie, według dotychczasowych doświadczeń klinicznych, działa korzystnie w zimnicy i jeśliby się okazała wolną od ujemnych stron chininy, mogłaby być dobrym nabytkiem terapeutycznym.

III. Kol. E h r l i c h przedstawia 5-letnie dziecko z wrzodem na migdałku prawym, tylnej ścianie przełyku i uvuli, powstałym po połknięciu patyka 5 ctm. długiego, $1^1/_2$ ctm. szerokiego, a 3 mm. grubego. Dziecko przyjętem było z objawami błonicy; po 5 dniach obserwacyi, wśród których brak było objawów stenotycznych, patyk wyjęto.

IV. Kol. prof. R y d y g i e r omawia termin Zjazdu lekarzy w Poznaniu, stosownie do zapytania Komitetu. Po dłuższej rozprawie, w której zabierali głos koledzy: M a h l, prof. R y d y g i e r, prof. G l u z i ń s k i, O b t u ł o w i c z, M e r u n o w i c z i P i s e k uchwalono: Towarz. lek. lwowskie oświadcza się za terminem wrześniowym, jako najwłaściwszym, zostawia jednak ostateczną decyzyę Komitetowi zjazdowemu, by ten mógł uwzględnić i życzenia kolegów z Kongresówki.

V. Kol. R e n c k i przedstawia trzy przypadki rwy kulszowej, leczone w klinice lek. lwowskiej zapomocą pędzlowania skóry zgęszczonym kwasem solnym w miejscach bolesnych i założenia opatrunku z waty. W ten sposób Gennatas, lecząc 12-tu chorych, otrzymywał wyleczenie w przeciągu krótkiego czasu, a skutek był widocznym po 3—5 pędzlowaniach, które wykonywał co 24 lub 48 godzin.

U chorych, przedstawionych nasilenie choroby było bardzo znaczne, a cierpienie trwało od 4—6 miesięcy. Pędzlowanie wykonywano co 2 lub 3 dzień, wyjątkowo tylko codziennie, uważając, by nie pomazywać miejsc, w których wytworzyły się pęcherze. Chorzy znosili zabieg dobrze, bóle nie bywały znaczne i nie trwały długo; ilość pędzlowań, potrzebna do zupełnego usunięcia bólów, wynosiła 12—18-tu.

Działanie korzystne kwasu solnego należy sobie tłómaczyć wpływem silnie drażniącym i odwodzącym na skórę, podobnie jak działa termokauter, do którego uciekano się nieraz z dobrym skutkiem, w rozpaczliwych przypadkach rwy kulszowej. Użycie kwasu solnego ma tę zaletę, że jest mało bolesne dla chorego, nie szpeci tak kończyny, jak blizna po przypaleniu termokauterem, wreszcie zastosowanie jego jest bardzo proste i wygodne. Dotychczas stosowano w klinice ten sposób leczenia w kilku przypadkach, sądu więc stanowczego o nim wydać nie można; w każdym razie wyniki otrzymane zalecają do dalszych doświadczeń.

W dyskusyi nad powyższym tematem przemawiali: kol. P i s e k, przypominając stosowanie chloralu, który daje także dobre wyniki; kol. O b t u ł o w i c z, chwaląc przypalanie żegadłem Paquelina; wre_

szcie kol. Gluziński, który, przyznając identyczne działanie, wspomnianym środkom, podnosi jednak łatwe zastosowanie kwasu solnego, oraz nie tak wielkie pieczenie po jego użyciu, jak po tamtych środkach.

VI. Prof. Trochanowski zdaje sprawę z świeżo dokonanego rozbioru wody i borowiny żegiestowskiej.

Dokładne i obszerne sprawozdanie rozbioru pojawiło się już drukiem i zostało lekarzom w Galicyi rozesłane; prócz tego ogłoszone zostało w Nrze 1 »Przegl. lekarskiego« z roku 1898, w protokole z posiedzenia krakowskiej komisyi przemysłowo lekarskiej.

VII. Kol. Rencki mówi o wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego.

Prelegent podnosi znaczenie dyetetyczne mleka w ogólności, oraz podaje spostrzeżenia, zrobione w klinice lek. na 30 chorych, którym podawano podwójne i potrójne mleko, wyrabiane według wskazówek prof. Jaworskiego przez mleczarnię krakowską E. Dobrzyńskiej. Wyniki wypadły zadowalniająco. (Odczyt w całości ogłoszony będzie w »Przegl. lekarskim«).

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll.: prof. Gluziński, Moraczewski, Obtułowicz, Pisek i Zgórski.

VIII. Kol. prof. Gluziński przedstawił przypadek *polymyositis infectiosa*.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 26 Maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych i gorącem przemówieniu prezesa, prof. Jakubowskiego, na poparcie spraw sierpniowego Zjazdu poznańskiego, kol. prof. Obaliński wyłożył obecny stan nauki o operacyjnem leczeniu rwy nerwu trójdzielnego i przedstawił chorego, u którego, właśnie z powodu tej choroby, usunął *ganglion Gasseri*.

(B) Ministerstwo spraw wewnętrznych podało zasługujące na uwagę wyjaśnienia jednego z ustępów prawa z dnia 16 stycznia, 1896 roku, dotyczącego handlu środkami spożywczymi. § 3 al. 4 tego prawa opiewa, iż za próbki środków spożywczych, pobrane w celu badania, winno państwo właścicielowi towaru wynagrodzenie, które oznaczać ma odnośna władza polityczna, określając wysokość zgodnie z ceną sprzedażną. Wynagrodzenie nie należy się jednak w przypadku, gdy ktośkolwiek został za sprzedaż towaru przez sąd skazany i zniszczenie towaru zarządzono. Gdy władze polityczne miały niejednokrotnie wątpliwości, z jakiego źródła ma być wypłaconem to wynagrodzenie, Ministerstwo reskryptem z dnia 30 kwietnia b. r., wystosowanym do c. k. Namiestnictw, rozporządziło, iż środki na ten cel mają być przekazywane odnośnym władzom politycznym kwartalnie w miarę potrzeb, z sum, któremi rozporządzają Namiestnictwa na wydatki dla celów sanitarnych.

Odpis tego reskryptu został podany przez Ministerstwo do wiadomości c. k. Zakładu powszechnego do badania środków spożywczych w Krakowie.

* Obowiązki komisarzów VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przyjęli: Dr. Rychliński — na Warszawę, prof. Wicherkiewicz — na Kraków, prof. Rydygier — na Lwów, Dr. Strzemiński — na Wilno, prof. Chodunský — na Pragę, Dr. Motz — na Paryż.

* Dnia 25 maja odbył się wykład habilitacyjny Dra Włodzimierza Sieradzkiego z zakresu medycyny sądowej na temat »O wartości próby płucnej, jako próby życiowej noworodka«.

Po wykładzie nadał Wydział lekarski Drowi Sieradzkiemu *veniam legendi* z zakresu medycyny sądowej.

* Dnia 14 b. m. w paryskiem Towarzystwie biologicznem przedstawił Dr. Michał Siedlecki wyniki ostatnich swych badań nad biologią kokcydyów Prof. Laveran, Balbiani i Hennegeny, którzy zabierali głos w rozprawach, zaznaczyli wielką doniosłość tych badań. Dr. Siedlecki, brat Dra Jana Siedleckiego, jest krakowianinem, był asystentem prof. Kostaneckiego i dotychczasową swoją działalnością dowiódł, że jest samodzielną siłą naukową.

* »Kuryer codzienny« (Nr. 138) donosi, że Eusapia Palladino, w przejeździe z Petersburga do Wiednia, zatrzymała się w zawsze życzliwej dla siebie Warszawie: przedstawienia medyumistyczne odbywają się w gronie ludzi »kompetentnych« ze świata naukowego i literackiego i mają się znakomicie powodzić. Snać technika Eusapii Palladino znacznie się ulepszyła, skoro »Kuryer Codzienny« donosi, że przedstawienia obecnie odbywają się »przy zwykłem świetle«.

* Główny zarząd dla spraw prasowych zawiadomił wydawnictwo »Medycyny«, że Dr. Michał Sadowski został zatwierdzony na stanowisku redaktora tego tygodnika.

* W tych dniach nastąpi w Wiedeńskim uniwersytecie odsłonięcie dwóch pomnikowych popiersi: Karola Rokitańskiego i Škody. Przemawiać mają: Prof. Weichselbaum i Prof. Nothnagel, pierwszy przy odsłonięciu pomnika Rokitańskiego, drugi — Škody.

* »The Lancet« donosi o bohaterskiej działalności hiszpańskiego lekarza Durana, który pod ogniem działowym niósł pomoc żołnierzom w pogromie pod Manillą; miał on już z roztrzaskanem kolanem operować i opatrzył 20 ranionych. Wogóle podnoszą wielkie i ofiarne męztwo lekarzy hiszpańskich.

* Dr. Ryszard Pfeuffer, kierownik części naukowej działu chorób zakaźnych w Instytucie prof. Kocha, bawił w Krakowie dla zwiedzenia tutejszego pasteurowskiego Zakładu szczepień od wścieklizny. Znaczącą jest rzeczą, że Niemcy, którzy tak długo nie uznawali potrzeby, a może i wartości, tych zakładów, zdecydowali się wreszcie u siebie je pozaprowadzać i w tym właśnie celu wysłany został Dr. Pfeuffer dla zwiedzenia zakładów pasteurowskich w Wiedniu, Peszcie i Krakowie.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Artur Frommer, Grzegorz Grzybowski, Marcin Chwalibóg, Bolesław Gerżabek i Ferdynand Jossé.

* O śmierci Dra Jana Minkiewicza, witebszczanina, znanego chirurga na Kaukazie, donieśliśmy w Nrze 4 »Przeglądu lekarskiego«. Koledzy zmarłego, bliżsi świadkowie jego działalności, wydali broszurę, w której pomieścili, oprócz okolicznościowych przemówień (Dra Wojno — na posiedzeniu kaukazkiego Towarz. lekarskiego i Dra Malinina — nad grobem), spis tytułów 57 prac, które zmarły drukiem ogłosił, formularz służbowy i wyliczenie bitew, w których był czynny. Piękną swą mowę zakończył Dr. Wojno słowami: dewizą życia zmarłego były: »praca i prawda«, »pomimo lat sędziwych, żywił ideały młodzieńcze, głęboko wierząc w postęp i zwycięstwo prawdy«.

Ś. p. Dr. Minkiewicz był członkiem Towarz. lek. warszawskiego, wileńskiego, członkiem honorowym — płockiego. Przebywając na Kaukazie od roku 1848, spełnił on w tym kraju nietylko zadanie lekarza, lecz był jednym z wybitnych pionierów, którzy w mroczne wąwozy tej górskiej krainy zanieśli nietylko oręż zwycięzki, lecz pierwsze promienie prawdziwego światła.

* Tygodnik sezonowy »Zdrojowiska«, którego wydawanie zapowiedzieliśmy w Nrze 15 »Przeglądu«, opuścił prasę. Pierwszy numer w zupełności zadość czyni swemu zadaniu informacyjnemu i popularyzującemu; ilustracye są dobre, a treść bogata i wielce urozmaicona.

Nekrologia. Zmarli: Felicyan Dyczakowski, l. 58, zmarł w Kamieńcu Podolskim. Jeszcze jako medyk kijowskiej wszechnicy zesłany w r. 1864 na 4 lat do ciężkich robót w kopalniach Sybiru, przebywał następnie, jako przymusowy osiedleniec w Irkucku i dopiero w roku 1888 złożył egzamin lekarski w Charkowie. Umarł z suchot. (Wracz, Nr. 19).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 1-go Czerwca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium medicum“ na Grzegórzkach, w sali wykładowej Zakładu dla Anatomii patologicznej:

Na porządku dziennym:

1) Kol. Dr. Lewkowicz przedstawi 2-ch chorych z kliniki pedyatrycznej.

2) Kol. Prof. Browicz wygłosi: a) O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobnej.

b) W sprawie pochodzenia melaninu w nowotworach barwikowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**